วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาลักษณะผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[1]

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ANTIMICROBIAL-RESISTANT GONORRHEA ATTENDING A SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION CLINIC: A RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY

ลวิตรา พิธาวุฒิกร[2,*] รสพร กิตติเยาวมาลย์[2] กิตติภูมิ ชินหิรัญ[2]
Lawitra Phithawutthikorn Rossaphorn Kittiyaowamarn Kittipoom Chinhiran
พงศธร แสงประเสริฐ[2] พิมนภา เปนะนาม[2] นพนัฐ จำปาเทศ[3]
Pongsathorn Saengprasert Phimnapha Penanam Nopphanath Chumpathat

[1]การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
This research was funded by Bangrak Medical Center.

[2]ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Bangrak Medical Center, Sathon District, Bangkok 10120, Thailand
[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เมืองปทุมธานี 12000
Faculty of Nursing, Pathumthani University, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani 12000, Thailand
*Corresponding author E-mail: Lawitra.p@gmail.com

Received: *March 20, 2026* Revised: *June 12, 2026* Accepted: *June 16, 2026*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสืบย้อนจากเวชระเบียนเพื่อศึกษาลักษณะประชากร พฤติกรรมเสี่ยง และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหนองในดื้อยาปฏิชีวนะ ณ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคหนองในที่มีผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะตามเกณฑ์ EUCAST ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของศูนย์การแพทย์บางรัก ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 30 เมษายน พ.ศ.2568 จำนวน 38 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมทางเพศ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะใน มีอายุเฉลี่ย 31.74 ปี (*SD* = 10.43) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายรักชาย ร้อยละ 68.42 มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคหนองในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 31.71 พฤติกรรมการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์พบว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 36.84 มีจำนวนคู่นอน 2 – 5 คน ร้อยละ 52.63 เป็นคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 47.37 ส่วนลักษณะทางคลินิก พบว่า ผู้หญิงมีอาการตกขาว ร้อยละ 90 และผู้ชายมีอาการปัสสาวะแสบขัดและหนองไหล ร้อยละ 50 และกลุ่มชายรักชายมีปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีหนองไหล ร้อยละ 46.15 ซึ่งข้อมูลหลังการรักษาพบว่า มีการหายจากการติดเชื้อ ร้อยละ 89.47 แต่ยังพบปัญหาการติดตามผู้ป่วยและคู่นอนที่ขาดการติดต่อ ร้อยละ 86.84

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยและคู่นอนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อซ้ำ รวมทั้งเฝ้าระวังการดื้อยาอย่างต่อเนื่อง และการสร้างภูมิคุ้มกันทางความรู้ด้านการป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการรักษาคู่นอนร่วมด้วยอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ : โรคหนองใน, การดื้อยาต้านจุลชีพ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract

This retrospective study was conducted using medical records to examine the demographic characteristics, sexual risk behaviors, and clinical manifestations of patients with antimicrobial-resistant gonorrhea at the Sexually Transmitted Infection Clinic, Bangrak Medical Center. The target population included 38 patients with gonorrhea who had antimicrobial susceptibility test results interpreted according to the European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) criteria and received care between 1 January 2020 and 30 April 2025. Data were collected from medical records, including general information, sexual behaviors, laboratory findings, and treatment outcomes. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis.

The results showed that the mean age of patients was 31.74 years (SD = 10.43), and most were men who have sex with men (68.42%). A history of gonorrhea in the past three months was reported by 31.71% of patients. Regarding sexual risk behaviors, 36.84% reported having sex without using a condom, 52.63% had two to five sexual partners, and 47.37% had casual partners. Clinically, 90% of female patients had vaginal discharge, while 50% of male patients experienced dysuria with urethral discharge. Among men who have sex with men, 46.15% presented with both dysuria and urethral discharge. After treatment, 89.47% of patients recovered from infection; however, 86.84% of patients and their sexual partners were lost to follow-up.

The findings suggest the need to develop a follow-up system for patients and their sexual partners to prevent reinfection and transmission. In addition, continuous monitoring of antimicrobial resistance and systematic health education, including condom use and partner treatment, should be implemented to prevent further infection.

Keywords: *Neisseria gonorrhoeae*, antimicrobial resistance, sexually transmitted disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหนองใน(gonorrhea) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria gonorrhoeae* โดยติดต่อผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันทั้งทางช่องคลอด ช่องปาก และทวารหนัก เชื้อสามารถเข้าสู่เยื่อบุของอวัยวะที่สัมผัสเชื้อ เช่น ท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องคอ และทวารหนัก แล้วกระตุ้นให้เกิดการอักเสบเฉพาะที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันตามเพศและตำแหน่งของการติดเชื้อ ในเพศชายมักพบอาการปัสสาวะแสบขัด หนองไหลจากท่อปัสสาวะ ท่อปัสสาวะอักเสบ เจ็บคอ หรือปวดเบ่งบริเวณทวารหนัก ขณะที่เพศหญิงอาจมีตกขาวผิดปกติ หรืออาจไม่มีอาการชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้เข้าสู่กระบวนการตรวจรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งภาวะที่ไม่มีอาการชัดเจนในเพศหญิงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโดยไม่รู้ตัว หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การอักเสบของอวัยวะ

สืบพันธุ์ ภาวะมีบุตรยาก การติดเชื้อซ้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว (Department of Disease Control, 2023)

โรคหนองในยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ติดเชื้อหนองในทั่วโลกกว่า 82.4 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่อายุ 15 - 49 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (World Health Organization, 2025) ซึ่งการติดเชื้อหนองในในช่วงหลังทวีความรุนแรงขึ้น เพราะพบการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงเป็นอย่างมาก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2022 ซึ่งรวบรวมจาก 77 ประเทศและเขตการปกครอง ใน 6 ภูมิภาค พบอัตราการดื้อยาจุลชีพโดยรวมร้อยละ 38.7 โดยเป็นการดื้อต่อยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหนองใน ได้แก่ Ceftriaxone, Cefixime, Azithromycin และ Ciprofloxacin ในระดับสูง (WHO, 2022) สอดคล้องกับรายงานและงานวิจัยช่วงปี ค.ศ. 2020 - 2025 ที่บ่งชี้ว่าเชื้อหนองในมีแนวโน้มดื้อต่อยากลุ่ม Extended-spectrum cephalosporins เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ Ceftriaxone และ Cefixime ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาในปัจจุบัน (WHO, 2023) รวมถึงจากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน ในปี ค.ศ. 2025 ที่พบแนวโน้มการดื้อยา Ceftriaxone เพิ่มขึ้นและขยายตัวในหลายภูมิภาค โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Alhusseini et al., 2025; Laumen et al., 2025)

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยา ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม การซื้อยารับประทานเอง การเข้าถึงยาปฏิชีวนะง่าย การติดเชื้อในตำแหน่งที่ยาปฏิชีวนะเข้าถึงได้ยาก เช่น ช่องคอ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีคู่นอนหลายคน การไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ การติดเชื้อซ้ำ และการไม่รักษาในคู่เพศสัมพันธ์ (Kittiyaowamarn et al., 2023; Unemo et al., 2020; Wi et al., 2017) ซึ่งผลกระทบของปัญหานี้ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการรักษาล้มเหลว การเพิ่มความจำเป็นในการใช้ยาหลายขนาน ผลข้างเคียงจากยา ภาวะแทรกซ้อน ภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข และการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในชุมชน รวมถึงการตีตราทางสังคมที่อาจทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการตรวจรักษา (WHO, 2025)

ประเทศไทย สถานการณ์โรคหนองในมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2568 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคหนองในรายใหม่ 17,456 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26.9 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ที่มีอัตราป่วย 8.5 ต่อแสนประชากร และพบมากในกลุ่มเยาวชนอายุ 15- 24 ปี (Department of Disease Control, 2023) ประเทศไทยมีระบบเฝ้าระวังหนองในดื้อยา โดยจากรายงานของ Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP) ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกันขององค์การอนามัยโลกกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เชื้อหนองในดื้อต่อยาดั้งเดิม ได้แก่ Penicillin, Tetracycline และ Ciprofloxacin มากกว่าร้อยละ 90 และพบแนวโน้มความไวของเชื้อต่อยา Azithromycin และ Gentamicin ลดลง (Buasakul, Sangprasert, & Kittiyaowamarn, 2020) ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2567 มีรายงานการดื้อยาต้านจุลชีพในกลุ่ม Third generation ได้แก่ Cephalosporin และ Azithromycin เพิ่มเติม (Putthawong, Jantaramanee, & Yingyong, 2025)

อย่างไรก็ตาม ระบบเฝ้าระวังในประเทศยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ความครอบคลุมของพื้นที่ที่ยังไม่ทั่วถึงทั้งประเทศ จำนวนหน่วยบริการที่เข้าร่วมระบบยังมีจำกัด และข้อมูลการดื้อยาจำเป็นต้องอาศัยการเพาะเชื้อร่วมกับการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ หากผู้ป่วยซื้อยามารับประทานเองก่อนรับการรักษาตามอาการ หรือไม่ได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจ ข้อมูลการดื้อยาอาจสูญหายหรือคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงและคู่เพศสัมพันธ์ยังไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยาและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อยังมีข้อจำกัด (Kittiyaowamarn et al., 2023)

ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นคลินิกเฉพาะทาง ที่มีบทบาทสำคัญใน

การตรวจรักษา ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีผู้มารับบริการจำนวนมากในแต่ละปี จากสถิติผู้ป่วยโรคหนองใน ในปี พ.ศ.2565-2567 พบผู้ติดเชื้อหนองในจำนวน 511, 519 และ 546 ราย ตามลำดับ และพบการติดเชื้อหนองในซ้ำ ร้อยละ 1.98, 3.46 และ 1.83 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าสถานการณ์โรคหนองในในพื้นที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาแล้ว เมื่อติดตามอาการภายหลังยังคงตรวจพบเชื้อหนองในและผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial Susceptibility Testing: AST) ยังพบการรายงานปัญหาเชื้อดื้อยาในระบบสารสนเทศของหน่วยงาน ปัจจุบันศูนย์การแพทย์บางรัก ยังเข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยาในระดับประเทศกับองค์การอนามัยโลก ภายใต้โครงการ Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP) โดยดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย เพาะเชื้อหนองในทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ และจัดทำรายงานเข้าสู่ฐานข้อมูลระดับชาติ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการติดตามความชุกของเชื้อดื้อยาและการปรับแนวทางการรักษาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหนองใน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ตำแหน่งการติดเชื้อ ประวัติการรักษา ค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ (Minimum Inhibitory Concentration: MIC) ผลการติดตามหลังรักษา และการติดตามคู่เพศสัมพันธ์ ยังมีอย่างจำกัด ทำให้ยังไม่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยโรคหนองในดื้อยาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างครอบคลุม การศึกษาวิจัยโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของข้อมูลในระดับสถานบริการ และสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์และการพยาบาลของศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ครอบคลุม การซักประวัติ การประเมินความเสี่ยง การเก็บสิ่งส่งตรวจ การติดตามผู้ป่วยและคู่เพศสัมพันธ์ รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อหนองในดื้อยาในระดับคลินิก ชุมชน และระบบสาธารณสุขของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร พฤติกรรมเสี่ยง และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหนองในที่มีอุบัติการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะ ณ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลจากระเบียนข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหนองในที่มีผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะตามเกณฑ์ EUCAST ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์การแพทย์บางรัก ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 30 เมษายน พ.ศ.2568 จำนวน 38 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองในและมีผลทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial Susceptibility Testing: AST) ว่าดื้อยาอย่างน้อย 1 ชนิด ตามเกณฑ์ Minimum Inhibitory Concentration (MIC) ได้แก่ Ceftriaxone มีค่า MIC > .125 mg/L, Cefixime มีค่า MIC .125 mg/L และ Azithromycin มีค่า MIC > 1 mg/L

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน รวมถึงผู้ป่วยที่มีข้อมูลซ้ำหรือภายหลังการตรวจสอบแล้วมีข้อมูลไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหนองในหรือไม่มีผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน (Case Record Form: CRF) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการรักษาโรคหนองในของกรมควบคุมโรค ครอบคลุมข้อมูลสำคัญ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น อายุ

เพศ สัญชาติ ระดับการศึกษา และอาชีพ 2) ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ได้จากการซักประวัติขณะมารับบริการ เช่น ลักษณะคู่เพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการป้องกันโรค 3) ข้อมูลทางคลินิกและตำแหน่งที่ติดเชื้อ 4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ และ 5) ข้อมูลการรักษา การติดตามอาการหลังการรักษา และการติดตามคู่เพศสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข เอกสารเลขที่ 15/2568 รหัสโครงการ Ref.No. 6/2568 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ป่วยและพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act: PDPA) แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะเก็บข้อมูลย้อนหลัง แต่ผู้วิจัยก็ได้ดำเนินการขออนุญาตใช้ข้อมูลกับผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการขอใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกด้วยตนเองโดยไม่มีการบันทึกชื่อ-นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน ซึ่งจะอนุญาตให้เข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดที่บันทึกหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระบบโปรแกรมสารสนเทศของศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยดำเนินการ 1) คัดเลือกเวชระเบียนตามช่วงเวลาและเกณฑ์ที่กำหนด 2) ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล และ 3) บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล (CRF) เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะที่มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 30 เมษายน พ.ศ.2568 พบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 13 ราย ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 12 ราย และ ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 8 ราย รวมจำนวนทั้งสิ้น 38 ราย

2. ผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะมีอายุเฉลี่ย 31.74 ปี (*SD* = 10.43) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายรักชาย จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 68.42) รองลงมา คือ เพศหญิง 10 ราย (ร้อยละ 26.32) และเพศชาย 2 ราย (ร้อยละ 5.26) ตามลำดับ มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 65.80) มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 36.84) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (*n* = 38)

คุณลักษณะ	*n*	%
อายุ (ปี) (*Min*, *Max*, *M* ± *SD*)	17, 63, 31.74 ± 10.43	
เพศ		
ชาย (Heterosexual male)	2	5.26
หญิง (Heterosexual female)	10	26.32
ชายรักชาย (Men Who Have sex with men: MSM)	26	68.42
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	5.26
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	21.05
ปริญญาตรี	25	65.80
ปริญญาโท	3	7.89
อาชีพ		
รับจ้าง	10	26.32
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	5.26
รับราชการ	4	10.53
พนักงานเอกชน/รัฐวิสหกิจ	14	36.84
นักเรียน/นักศึกษา	8	21.05

3. พฤติกรรมเสี่ยงและประวัติสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะมีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับโรคหนองในมากที่สุด จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 31.58) รองลงมา คือ โรคซิฟิลิส จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 23.68) นอกจากนี้ พบว่า มีการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาตรวจ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.89) และมีประวัติการใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.26) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมทางเพศ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 24 ปี จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 78.95) อวัยวะที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ที่มีรายงานมากที่สุด คือ อวัยวะเพศ (ร้อยละ 60.53) สำหรับพฤติกรรมการป้องกัน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในทุกช่องทาง จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 36.84) มีประวัติการซื้อหรือขายบริการทางเพศ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.26) ส่วนลักษณะคู่เพศสัมพันธ์พบว่า ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นเพศชาย จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 94.74) ลักษณะคู่เพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นคู่ชั่วคราว (ร้อยละ 47.37) และเมื่อพิจารณาจำนวนคู่นอนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนคู่นอน 2 - 5 คน จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 52.63) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะ (*n* = 38)

สุขภาพและพฤติกรรมทางเพศ	*เพศชาย* (*n* = 28)		*เพศหญิง* (*n* = 10)	
	n	*%*	*n*	*%*
ประวัติเคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือน				
โรคหนองใน	10	35.72	2	20.00
โรคซิฟิลิส	9	32.14	0	0
โรคคลามัยเดีย	5	17.85	2	20.00
โรคหูดที่อวัยวะเพศ/ทวาร	2	7.15	0	0
โรคเอชไอวี	1	3.57	0	0
โรคเริมที่อวัยวะเพศ	1	3.57	1	10.00
การใช้ยาปฏิชีวนะในช่วง 2 สัปดาห์				
ใช้	3	10.71	0	0
ไม่ใช้	24	85.72	9	90.00
ไม่มีข้อมูล	1	3.57	1	10.00
การใช้สารเสพติด				
ใช้	1	3.57	1	10.00
ไม่ใช้	23	82.15	6	60.00
ไม่มีข้อมูล	4	14.28	3	30.00
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)				
ต่ำกว่า 15 ปี	1	3.57	0	0
15 - 24 ปี	21	75	9	90.00
มากกว่า 25 ปี	6	21.43	1	10.00
ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ช่องทาง)				
ช่องคลอด	0	0	10	100.00
ช่องปาก	16	57.14	7	70.00
อวัยวะเพศ	23	82.14	0	0
ทวารหนัก	13	46.42	0	0
การใช้ถุงยางอนามัย				
ใช้กับบางคน บางครั้ง บางช่องทาง	20	71.43	4	40.00
ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกช่องทาง	8	28.57	6	60.00
การเคยซื้อหรือขายบริการทางเพศ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ใช่	2	7.14	0	0
ไม่ใช่	26	92.86	10	100.00
คู่เพศสัมพันธ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ชาย	26	92.86	10	100.00
หญิง	2	7.14	0	0

สุขภาพและพฤติกรรมทางเพศ	*เพศชาย* (*n* = 28)		*เพศหญิง* (*n* = 10)	
	n	%	*n*	%
ลักษณะคู่เพศสัมพันธ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ประจำ	2	7.14	6	60.00
ชั่วคราว	16	57.15	2	20.00
ทั้งประจำและชั่วคราว	10	35.71	2	20.00
จำนวนคู่นอน (คน) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
1 คน	6	21.43	7	70.00
2- 5 คน	17	60.72	3	30.00
มากกว่า 5 คน	5	17.85	0	0

4. ลักษณะอาการทางคลินิกพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มาด้วยอาการตกขาว (ร้อยละ 90) มีเพียงร้อยละ 10 ที่ไม่แสดงอาการ ในขณะที่ เพศผู้ชายพบอาการทางท่อปัสสาวะทั้งหมด แบ่งเป็นอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับหนองไหล (ร้อยละ 50) และปัสสาวะแสบขัดเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 50) และในกลุ่มชายรักชาย อาการที่พบมากที่สุด คือ ปัสสาวะแสบขัดและหนองไหล (ร้อยละ 46.15) นอกจากนี้ ยังพบอาการนอกระบบสืบพันธุ์ เช่น อาการเจ็บคอ (ร้อยละ 7.69) และอาการปวดเบ่ง (ร้อยละ 3.85) และไม่มีอาการ (asymptomatic) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 34.62) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะ (*n* = 38)

เพศ	อาการทางคลินิก	*n*	%
หญิง (*n* = 10)			
	ตกขาว	9	90.00
	ไม่มีอาการ	1	10.00
ชาย (*n* = 2)			
	ปัสสาวะแสบขัดและหนองไหล	1	50.00
	ปัสสาวะแสบขัด	1	50.00
ชายรักชาย (*n* = 26)			
	ปัสสาวะแสบขัดและหนองไหล	12	46.15
	ปัสสาวะแสบขัด	2	7.69
	เจ็บคอ	2	7.69
	ปวดเบ่ง	1	3.85
	ไม่มีอาการ	9	34.62

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะจากการเพาะเชื้อ (Culture) การตรวจหาสารพันธุกรรม (PCR) และการตรวจหาสารพันธุกรรม (GeneXpert) พบว่าเพศหญิงพบการติดเชื้อหนองในที่ตำแหน่งอวัยวะสืบพันธุ์ในสัดส่วนที่สูง โดยตรวจพบการติดเชื้อที่ปากมดลูก (Cervix) ร้อยละ 90 และช่องคอ ร้อยละ 10 ขณะที่เพศชายติดเชื้อหนองในที่ตำแหน่งท่อปัสสาวะ

(Urethral) ร้อยละ 50 และช่องคอ ร้อยละ 50 กลุ่มชายรักชาย (MSM) พบการติดเชื้อหนองในมากที่สุดที่ทวารหนัก (Rectum) ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ท่อปัสสาวะ (Urethra) ร้อยละ 46.2 และคอ (Oropharynx) ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 15.4) ที่มีการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง คือ ท่อปัสสาวะกับทวารหนัก และทวารหนักกับคอ ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ช่องทาง พบว่าค่า MIC Alert ที่ช่องคอสูงกว่าที่อวัยวะเพศ โดยผู้ป่วย จำนวน 2 ราย มีค่า MIC ของยา Azithromycin อยู่ในระดับสูงมากกว่า 2 mg/L

6. การรักษาผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคหนองในแบบ Primary treatment โดยให้ยา Ceftriaxone 500 mg และ Ceftriaxone 1 gm ครบทุกราย

7. ผลการติดตามอาการและการตรวจสอบการหายจากโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะหายจากการติดเชื้อหนองในจากการติดตามผลเพาะเชื้อหนองใน (Culture for NG) เป็น No growth จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 89.47) ในขณะที่มีผู้ป่วยขาดการติดต่อ (Loss to Follow Up) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 10.53) ส่วนผลการตรวจด้วยวิธี PCR NG พบว่า มีผลเป็น No Detected จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 13.16) และมีผู้ป่วยขาดการติดต่อ (Loss to Follow Up) จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 86.84) ในด้านการจัดการคู่นอนของผู้ป่วย พบว่า มีคู่นอนที่ได้รับการรักษาครบถ้วนทุกคน จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.26) มีคู่นอนบางคนไม่ได้รับการรักษา จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.89) และมีกลุ่มที่ไม่สามารถติดตามได้หรือไม่มีข้อมูล จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 86.84)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยลักษณะผู้ป่วยโรคหนองในที่ดื้อยาปฏิชีวนะในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า แนวโน้มผู้ป่วยโรคหนองในดื้อยาปฏิชีวนะในช่วงปี พ.ศ. 2566 - 2567 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องจากหลายปัจจัยร่วมกัน เมื่อพิจารณาตามลักษณะประชากร พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายรักชาย (MSM) ร้อยละ 68.42 อายุเฉลี่ย 31.74 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ยังมีความต้องการทางเพศสูง ทำให้มีโอกาสสัมผัสเชื้อได้หลายตำแหน่ง ทั้งท่อปัสสาวะ ช่องคอ และทวารหนัก รวมถึงอาจมีการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ โดยเฉพาะบริเวณนอกอวัยวะสืบพันธุ์ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกและการศึกษาของ Wi et al. ที่ระบุว่า การติดเชื้อหนองในในกลุ่มชายรักชายมักเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อหลายตำแหน่งและการแพร่เชื้อที่ตรวจพบได้ยาก หากไม่มีการคัดกรองตามตำแหน่งที่เกิดสัมผัสทางเพศ (WHO, 2023; Wi et al., 2017) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสืบย้อนและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปในเชิงเหตุและผลได้ว่ากลุ่มชายรักชาย (MSM) เป็นสาเหตุของการเกิดเชื้อดื้อยา แต่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มชายรักชาย (MSM) เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง คัดกรองเชิงรุก และกำกับ ติดตามอย่างเป็นระบบในบริบทของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15 - 24 ปี มีคู่นอน 2 - 5 คน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงบางคน บางครั้ง หรือบางช่องทาง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนรูปแบบพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสการติดเชื้อและการติดเชื้อซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีคู่เพศสัมพันธ์ชั่วคราวหรือมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน การติดเชื้อซ้ำมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อปัญหาเชื้อดื้อยา เพราะผู้ป่วยอาจได้รับยาปฏิชีวนะหลายครั้ง เกิดกระบวนการที่ยาปฏิชีวนะทำหน้าที่คัดเลือกให้เชื้อที่ไวต่อยาถูกกำจัด เหลือเฉพาะเชื้อที่มีความทนทานต่อยา (selective pressure) ซึ่งสามารถเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายเชื้อต่อไปได้ จนนำไปสู่การเกิดเชื้อดื้อยา (Unemo et al., 2020) แม้ในการศึกษานี้จะพบประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาตรวจเพียงร้อยละ 7.89 แต่ประเด็นนี้สำคัญ เนื่องจากการซื้อยารับประทานเองหรือการได้รับยาก่อนมาคลินิกอาจทำให้ข้อมูลการดื้อยาคลาดเคลื่อน ลดโอกาสการเพาะเชื้อ และเร่งการเกิดเชื้อดื้อยาได้

ด้านอาการทางคลินิก ผลการศึกษาพบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มาด้วยอาการตกขาว ขณะที่เพศชายมีอาการทางท่อปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะแสบขัดและหนองไหล ส่วนกลุ่มชายรักชาย (MSM) พบทั้งอาการทางท่อปัสสาวะ อาการนอกระบบสืบพันธุ์ เช่น เจ็บคอและปวดเบ่ง รวมถึงพบผู้ไม่มีอาการ ร้อยละ 34.62 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการติดเชื้อหนองในมีแบบที่ไม่แสดงอาการด้วย โดยเฉพาะที่ช่องคอและทวารหนัก อาจเป็นแหล่งสะสมและแพร่กระจายเชื้อโดยผู้ป่วยโดยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ หากหน่วยบริการตรวจเฉพาะผู้มีอาการหรือเก็บสิ่งส่งตรวจเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อาจพลาดการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนการคัดกรองแบบ Site-specific screening หรือการเก็บสิ่งส่งตรวจตามตำแหน่งสัมผัสทางเพศมากกว่าการพิจารณาจากอาการเพียงอย่างเดียว (Unemo et al., 2020; WHO, 2025)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า เพศหญิงติดเชื้อที่ปากมดลูกเป็นหลัก ขณะที่เพศชายติดเชื้อที่ท่อปัสสาวะและช่องคอ ส่วนกลุ่มชายรักชาย (MSM) พบการติดเชื้อที่ทวารหนักมากที่สุด รองลงมา คือ ท่อปัสสาวะและช่องคอ นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง และในบางรายพบว่าค่า MIC Alert ที่ช่องคอสูงกว่าที่อวัยวะเพศ รวมถึงพบค่า MIC ของยา Azithromycin ในผู้ป่วยบางราย มากกว่า 2 mg/L ทั้งนี้ อาจเนื่องจากช่องคอเป็นตำแหน่งที่เชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* อาจได้รับยาปฏิชีวนะและมีโอกาสแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกับเชื้อ Neisseria ชนิดอื่นที่อยู่บริเวณในช่องปาก ส่งผลให้เกิดการลดความไวต่อยาได้ง่ายขึ้น การพบค่า MIC สูงในตำแหน่งช่องคอจึงควรถูกพิจารณาเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในหน่วยบริการ และสอดคล้องกับแนวทางของ WHO Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme ที่ให้ความสำคัญกับการติดตามเชื้อจากตำแหน่ง Extragenital sites โดยเฉพาะช่องคอและทวารหนักในประชากรกลุ่มเสี่ยง (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing, 2026; WHO, 2023)

ด้านการรักษา ผู้ป่วยทุกรายได้รับ Ceftriaxone ขนาด 500 mg หรือ 1 g ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อหนองในปัจจุบัน และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลเพาะเชื้อหลังการรักษาไม่พบเชื้อ (No growth) ร้อยละ 89.47 แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วย Ceftriaxone ยังคงมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม การพบค่า MIC ที่สูงขึ้นในบางรายโดยเฉพาะต่อ Ceftriaxone, Cefixime และ Azithromycin มีความสำคัญต่อการเฝ้าระวังในระยะยาว เพราะอาจเป็นสัญญาณของการลดความไวต่อยาก่อนที่จะเกิดการรักษาที่ล้มเหลว การติดตามค่า MIC อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลายตำแหน่ง ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาปฏิชีวนะก่อนมาตรวจ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซ้ำ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามคู่เพศสัมพันธ์ได้ครบถ้วน (Department of Disease Control, 2023; European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing, 2026)

การติดตามหลังการรักษาและการจัดการคู่เพศสัมพันธ์ แม้ว่าผลเพาะเชื้อหลังการรักษาจะพบว่าไม่พบเชื้อในผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ยังมีผู้ป่วยขาดการติดตามร้อยละ 10.53 สำหรับการเพาะเชื้อ และเมื่อตรวจด้วย PCR พบว่า มีผู้ป่วยขาดการติดตามสูงถึงร้อยละ 86.84 นอกจากนี้ การจัดการคู่เพศสัมพันธ์ยังมีข้อจำกัด โดยมีผู้ป่วยที่คู่นอนได้รับการรักษาครบถ้วนทุกคนเพียงร้อยละ 5.26 ขณะที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถติดตามได้หรือไม่มีข้อมูล ประเด็นนี้สะท้อนว่าปัญหาโรคหนองในดื้อยาไม่ได้เป็นเพียงปัญหาการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา แต่เป็นปัญหาเชิงระบบของการดูแลต่อเนื่องและการติดตามคู่สัมผัส เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ หากคู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้รับการตรวจและรักษาพร้อมกัน ผู้ป่วยติดเชื้อหนองในมีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง และเชื้อดื้อยาอาจยังคงอยู่ สอดคล้องกับแนวทางของ CDC ที่ระบุว่าการติดเชื้อซ้ำจำนวนมากเกิดจากคู่เพศสัมพันธ์เดิมไม่ได้รับการรักษาหรือการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รายใหม่ที่ติดเชื้อ จึงควรมีระบบติดตามคู่สัมผัสและมีการตรวจซ้ำภายหลังการรักษาอย่างเหมาะสม (Centers for Disease Control and Prevention, 2021)

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหนองในดื้อยาปฏิชีวนะในระดับคลินิกสุขภาพ โดยผู้บริหารหน่วยบริการและทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรร่วมมือรวมพลังกันกำหนดขั้นตอนการคัดกรอง การเก็บสิ่งส่งตรวจ การแจ้งเตือนผลค่า MIC ที่ผิดปกติ การติดตามผลหลังการรักษา และการติดตามคู่เพศสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ

2. คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรจัดทำระบบ “MIC Alert” หรือทำทะเบียนติดตามผู้ป่วยหนองในดื้อยา โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาการติดตาม และตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามหลังการรักษา ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจครบตามตำแหน่งเสี่ยง และร้อยละของคู่เพศสัมพันธ์ที่เข้าสู่ระบบตรวจรักษา

3. พยาบาลวิชาชีพในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยหนองในดื้อยา โดยพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แบบตรวจสอบตำแหน่งสัมผัสทางเพศ แบบติดตามผลการรักษา และแบบติดตามคู่เพศสัมพันธ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และลดโอกาสการติดเชื้อซ้ำหรือการแพร่กระจายเชื้อ

4. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการซักประวัติทางเพศอย่างเป็นระบบ การให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และการเก็บสิ่งส่งตรวจตามตำแหน่งสัมผัสทางเพศ โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักชาย (MSM) หรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง

5. การศึกษาวิจัยในอนาคตควรดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับหน่วยงานเฝ้าระวัง ห้องปฏิบัติการ และนักระบาดวิทยา เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื้อยา ผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยที่มีค่า MIC สูง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลหรือระบบติดตามผู้ป่วยหนองในดื้อยาในระดับคลินิกสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

Alhusseini, L. B., Hasani, B., Jaafar, F. N., Beig, M., Abbasian, S., & Azizian, K. (2025). Temporal and geographic trends in extended-spectrum cephalosporins resistance among *Neisseria gonorrhoeae* isolates worldwide: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases, 25*(1), 1175. https://doi.org/10.1186/s12879-025-11601-2

Buasakul, P., Sangprasert, P., & Kittiyaowamarn, R. (2020). Antimicrobial susceptibility in N. Gonorrhoeae during 2012–2018. *Thai AIDS Journal, 32*(2), 42–53.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021: Gonococcal infections among adolescents and adults*. Retrieved from https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/gonorrhea-adults.htm

Department of Disease Control. (2023). *Guidelines for the management of sexually transmitted infections B.E. 2567 (2024).* Bangkok: Bangrak Medical Center for Sexually Transmitted Infections, Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases.

European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. (2026). *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing: Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diametersVersion 16.0, valid from 2026-01-01. EUCAST.* Retrieved from https://www.eucast.org/fileadmin/eucast/pdf/breakpoints/v_16.0_Breakpoint_Tables.pdf

Kittiyaowamarn, R., Girdthep, N., Cherdtrakulkia, T., Sangprasert, P., Tongtoyai, J., Weston, E., . . . Wi, T. (2023). Neisseria gonorrhoeae antimicrobial susceptibility trends in Bangkok, Thailand, 2015–21: Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance programme (EGASP). *JAC-Antimicrobial Resistance, 5(6), dlad139*. https://doi.org/10.1093/jacamr/dlad139

Laumen, J. G. E., Hieu, V. N., Nhung, P. H., Vandelannoote, K., Nguyen, T. T., Nguyen, T. T., . . . Adamson, P. C. (2025). High prevalence of ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Hanoi, Vietnam, 2023–2024. *The Journal of Infectious Diseases, 232*(1), e73–e77. https://doi.org/10.1093/infdis/jiaf071

Putthawong, P., Jantaramanee, S., & Yingyong, T. (2025). Situation report of *Gonorrhea*, 2024. *Weekly Epidemiologicak Surveillance Report, 56*(2), 1-3.

Unemo, M., Ross, J. D. C., Serwin, A. B., Gomberg, M., Cusini, M., & Jensen, J. S. (2020). 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *International Journal of STD & AIDS, 31*(10). https://doi.org/10.1177/0956462420949126

Wi, T., Lahra, M. M., Ndowa, F., Bala, M., Dillon, J.-A. R., Ramon-Pardo, P., . . . Unemo, M. (2017). Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: Global surveillance and a call for international collaborative action. *PLoS Medicine, 14*(7), e1002344. https://doi.org/10.1371/journal.pmed. 1002344

World Health Organization. (2022). *WHO Gonococcal AMR Surveillance Programme*. Retrieved from https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/who-gonococcal-amr-surveillance-programme-who-gasp

World Health Organization. (2023). *Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2023*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702

World Health Organization. (2025). *Multi-drug resistant gonorrhoea*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea